

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE N° 267

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'état*)

PAR

Joseph MARTIN

né à St Julien des Landes (Vendée) le 20 septembre 1902

**Rhumatisme chronique progressif
déformant**

Rapports avec la syphilis

Président : M. Rathery Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

267
N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'état*)

PAR

Joseph MARTIN

né à St Julien des Landes (Vendée) le 20 septembre 1902

**Rhumatisme chronique progressif
déformant
Rapports avec la syphilis**

Président : M. Rathery Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1927

LE DOYEN..... M. ROGER



I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	FRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique chirurgicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SIBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHTER Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
KETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
IEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
IÉRY	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes aveugles.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
IEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*En témoignage de ma profonde
affection.*

MEIS ET AMICIS

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

A MONSIEUR BRELET

Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes
Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et largement aidé.
Qu'il veuille recevoir ici l'expres-
sion de notre plus vive recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette
thèse.*

Rhumatisme chronique progressif déformant

Rapports avec la syphilis

Depuis quelques années, l'origine syphilitique du rhumatisme chronique déformant est à l'ordre du jour ; les travaux de M. Dufour ont attiré l'attention sur le rôle possible, voire assez fréquent, de la syphilis, et plusieurs thèses ont été publiées sur ce sujet.

L'Hospice Saint-Jacques, à Nantes, comptant parmi les vieillards un certain nombre de rhumatismes chroniques, il nous a paru intéressant de faire quelques recherches sur ce sujet, et c'est le résultat de nos observations que nous publions ici.

Nous tenons à remercier ici notre maître, M. Brellet, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et prodigué ses conseils bienveillants et éclairés, ainsi que M. Thibault, qui nous a fourni un certain nombre d'observations personnelles.

GENERALITES

Le rhumatisme chronique progressif déformant est une affection dont la symptomatologie est bien individualisée : c'est une arthrite à marche lente, peu douloureuse, mais d'une fixité désespérante, assez rebelle à la thérapeutique et amenant progressivement des déformations plus ou moins prononcées, débutant habituellement aux membres supérieurs et à leurs extrémités d'une façon symétrique, se localisant dans les articulations métacarpo-phalangiennes et dans les articulations des phalanges entre elles, puis prenant successivement les poignets, les coudes, les épaules. Les membres inférieurs se prennent ensuite dans le même ordre ; toutefois, l'articulation coxo-fémorale est habituellement épargnée. Dans les cas intenses, la tête et le rachis sont intéressés.

C'est une maladie débutant habituellement dans l'âge adulte, à évolution très longue, vingt ans et plus, conduisant insensiblement les sujets qui en

sont atteints à la déchéance physique et à une cachexie progressive, ce qui favorise l'éclosion d'un mal de Bright ou d'une phtisie qui emporteront les malades.

Les femmes y sont peut-être plus exposées que les hommes : l'état puerpéral, la ménopause semblent avoir une certaine influence. La misère physique et physiologique y prédisposent aussi : c'est plutôt une maladie de la classe pauvre. Pour certains auteurs, l'hérédité y joue un petit rôle : on ne retrouve des antécédents arthritiques que dans un tiers des cas (Charcot) ; d'autres, au contraire, attachent une grande importance au terrain, à la diathèse arthritique (Rathery) (1).

L'invasion est annoncée par des fourmillements, une sensation d'engourdissement, des crampes à prédominance nocturne amenant des rétractions et des déviations, puis survient de la raideur : la maladie est constituée et suivra alors sa marche progressive. Quelquefois se produit une rémission plus ou moins durable : le spasme tombe, la déformation se corrige, mais apparaît une nouvelle crampe avec déviation plus forte. On a vu chez le même malade cinq ou six rémissions successives : nous avons à ce sujet une observation typique.

Nous ne pouvons mieux faire, pour en donner une description clinique, que de reproduire la descrip-

(1) Manuel des Maladies de la Nutrition, Debove, Achard et Castaigne, 1912 : Rhumatismes chroniques (Rathery).

tion magistrale qu'en a donnée Charcot dans sa thèse. Il en fait deux types :

1° Le type de flexion, le plus fréquent, caractérisé par :

- 1) Flexion de la phalangette sur la phalangine;
- 2) Extension de la phalangine sur la phalange;
- 3) Flexion de la phalange sur la tête du métacarpien ;
- 4) Flexion légère des métacarpiens et du carpe sur l'avant-bras ;
- 5) Inclinaison en « coup de vent » des doigts vers le bord cubital avec déviation inverse des phalangettes sur les phalanges.

2° Le type d'extension :

- 1) Extension de la phalangette sur la phalangine ;
- 2) Flexion de la phalangine sur la phalange ;
- 3) Extension de la phalange sur la tête du métacarpien ;
- 4) Flexion du carpe sur l'avant-bras ;
- 5) Déviation en « coup de vent » vers le bord cubital.

Avec Vidal, Besnier et Juel-Renoy, nous y ajouterons un troisième type dont nous avons plusieurs observations, le type rectiligne, dans lequel les doigts sont immobilisés, les trois phalanges sur le même axe, en demi-flexion sur les métacarpiens, avec toujours la déviation en masse vers le bord cubital.

L'avant-bras est toujours immobilisé en prona-

tion, le coude en flexion, et si l'articulation scapulo-humérale est prise, le bras est appliqué le long du thorax.

Aux membres inférieurs, les orteils subissent la déformation en marteau, avec le gros orteil porté en haut et en dehors et couvrant les autres doigts ; le pied est soit en adduction donnant un varus équin, soit en abduction formant un valgus.

L'articulation tibio-tarsienne est ankylosée, le pied à angle droit sur la jambe.

Le genou et la hanche sont immobilisés en flexion ; au genou, l'extrémité inférieure du fémur fait saillie en avant de la tête du tibia, le condyle fémoral interne proéminent, la rotule et la tête du péroné déjetées en dehors.

Quand la tête et le rachis sont pris, la tête est fléchie, le menton touchant le sternum, le cou est élargi, et tout mouvement de relèvement ou de rotation de la tête est impossible.

Nous avons, avec les lésions osseuses et musculaires, des troubles trophiques, de l'atrophie : la peau ressemble à celle de la sclérodermie, toute sécrétion est supprimée, la sensibilité est émoussée ; et de l'hypertrophie, formée par un œdème dur. L'atrophie est plus commune et se rencontre aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, tandis que l'hypertrophie est l'apanage de ces derniers.

Les phanères sont aussi touchés : les ongles s'hy-

pertrophient, deviennent cannelés ou tombent, les poils tombent.

Les réflexes sont très souvent exagérés, surtout là où les arthropathies sont le plus accentuées, où les troubles trophiques présentent leur maximum, comme dans toutes les arthrites avec atrophie réflexe (Charcot, Mirallié). Ils sont diminués à la période ultime d'atrophie, ou par immobilisation de l'article par ostéophytes, ankylose, mais sans déplacement du segment inférieur, les muscles se contractent sous la main.

Mais si l'on connaît bien les symptômes, l'évolution du rhumatisme chronique, on est encore très mal fixé sur son étiologie, sa pathogénie. Le Gendre et Martinet ont pu écrire très justement : « Ces rhumatismes chroniques constituent un groupe complexe, dans lequel les cliniciens et les pathologistes n'ont pu encore démêler avec précision les influences étiologiques et pathogéniques » (in *Thérapeutique usuelle des maladies de la nutrition*. 1912, page 413).

La ressemblance des déformations avec celles des maladies nerveuses, la marche symétrique des lésions, l'évolution ascendante à partir de l'extrémité des membres, les troubles trophiques, l'exagération des réflexes ; les troubles de la sensibilité, la terminaison par phtisie ou mal de Bright ; tout cela faisait penser Charcot et Bouchard à une affection névrotrophique : ce serait une trophonévrose infectieuse produite peut-être par la « lèpre des maisons »

et évoluant sur un terrain préparé : soit scrofuleux, soit miséreux.

Dans le groupe complexe des rhumatismes chroniques, il faut essayer une classification ; c'est ce que beaucoup d'auteurs ont fait. Nous nous arrêtons à la classification de Teissier et Roque, qui rend le mieux compte de la diversité des cas par l'étiologie.

Les auteurs distinguent :

- 1° Le rhumatisme chronique progressif déformant ;
- 2° Le rhumatisme chronique succédant au rhumatisme articulaire aigu, au rhumatisme blennorrhagique, tuberculeux ou syphilitique ;
- 3° Le rhumatisme chronique goutteux d'origine arthritique.

Nous ne nous occuperons que des deux premiers groupes. Nous allons, après avoir donné un bref aperçu de l'histoire de la question, publier nos observations personnelles, prises au hasard d'un service de vieillards et essayer de montrer que l'étiologie syphilitique est moins fréquente que certains auteurs ne l'ont prétendu dans ces dernières années.

HISTORIQUE

Le rhumatisme chronique progressif déformant n'est vraiment bien connu que depuis l'apparition de la thèse de Charcot en 1853 et de celle de Trastour qui lui est contemporaine. Ces deux auteurs recueillaient leurs observations à la Salpêtrière, dans deux services différents ; l'un dans un service de nerveux, l'autre dans un service de médecine générale, aussi leurs conclusions sont-elles différentes : le premier en fait une affection névrotrophique, le second pense à une arthrite infectieuse atténuée ou chronique.

Depuis on a voulu rattacher ce syndrome à la tuberculose et à la syphilis ; de nombreux travaux ont été publiés avec des observations à l'appui. Le Professeur Poncet a montré que la tuberculose était l'origine de quelques cas de rhumatisme chronique ; Dufour et ses élèves ont recherché l'étiologie syphilitique, que E. Fournier avait signalée en 1901.

Le 12 mars 1915, Dufour présente à la Société médicale des Hôpitaux de Paris 3 malades atteints

de cette affection et présentant tous les trois une réaction de Wassermann positive, il cite de plus 6 observations dont les sujets avaient, soit un Wassermann positif, soit un stigmaté de syphilis. Le 29 juillet 1921, il présente un autre malade, syphilitique aussi, et il fait la relation de cause à effet entre la syphilis et le rhumatisme.

Il publie 3 nouveaux cas avec Mme Geismar, en 1923, dont une malade de Carnot et Blamoutier, améliorée par le Quinby, dont le Wassermann, négatif avant le début du traitement, était devenu positif par suite d'une réactivation du tréponème sous l'influence de quelques injections de 914. De même le 20 novembre 1923, il publie 2 nouveaux cas, tous deux avec Wassermann positif, dont l'un a été très amélioré par le Quinby.

Le 8 juin 1923, Carnot et Blamoutier citaient 2 cas, l'un publié aussi par Dufour, l'autre avec Wassermann positif, double souffle aortique guéri par un traitement arsénical.

Finck, le 4 juin 1921, avait rapporté un cas de rhumatisme chronique dû à une insuffisance thyro-parathyroïdienne d'origine syphilitique et très amélioré par le traitement arsénico-mercuriel.

Une observation très remarquable est celle du docteur Félix Regnault, citée dans la thèse de Diratzouyan (Paris 1924). Il s'agit d'un matelot entré à l'hôpital d'Ajaccio en 1916 pour dysenterie. La dysenterie guérie, s'installe progressivement un rhumatisme chronique avec déformations articulaires

typiques. Le Wassermann ayant été positif, on institue un traitement énergique et, en trois mois, le malade était presque guéri.

Vagnon montre dans sa thèse (Lyon 1924) que les manifestations de la syphilis au niveau des articulations sont très nombreuses, tantôt localisées à une seule articulation, tantôt, au contraire, frappant un grand nombre d'articles. Leur évolution est très différente et l'on trouve, à côté de formes torpides, des manifestations réactionnelles beaucoup plus franches. Parmi ces modalités cliniques de la syphilis articulaire, il en est qui, par leur marche chronique ou leur tendance à la généralisation, doivent être rangées dans le groupe des rhumatismes chroniques infectieux.

Les rhumatismes chroniques syphilitiques apportent des caractères cliniques et radiologiques différents : Vagnon décrit un rhumatisme ostéophytique, un rhumatisme progressif déformant (forme noueuse), une forme fibreuse, une forme ankylosante et enfin un rhumatisme polyarticulaire polymorphe.

En ce qui concerne le rhumatisme déformant, qui nous intéresse plus particulièrement, Vagnon rappelle les observations d'E. Fournier (1901), de Haushalter (1906), les observations de Dufour publiées dans la thèse de Mme Geismar (Paris 1922) ; il y ajoute une belle observation inédite due au docteur Vagnon père : il s'agit d'une femme de 60 ans, dont le mari est mort P. G. Cette femme présente des gon-

flements très douloureux des mains et des pieds ; tous les traitements sont essayés sans résultat ; un traitement spécifique procure une grande amélioration ; il persiste seulement quelques déformations des doigts et des poignets.

Le diagnostic de rhumatisme chronique syphilitique se fait, d'après Vagnon, par la notion d'une syphilis antérieure, par la coexistence d'autres manifestations syphilitiques ; il est confirmé par les résultats du traitement. Le traitement par le mercure, le bismuth, l'arsénobenzol peut faire obtenir des améliorations considérables.

Voici, d'après Dufour et ses élèves, les caractères cliniques qui plaident en faveur de l'étiologie syphilitique du rhumatisme : l'âge relativement jeune du sujet, surtout chez les hommes, les femmes n'étant touchées qu'à la ménopause et en plus petit nombre, le caractère plus vif, plus nettement articulaire de la douleur, l'intensité des arthralgies, l'existence de névralgies, d'atrophie musculaire, de poussées d'hydarthrose, la progression moins régulièrement symétrique et envahissante des lésions et l'atteinte profonde et précoce des grandes articulations : genoux, coudes, épaules.

Radiographiquement, la destruction moins rapide des bandes de cartilage articulaire et le peu de tendance à l'augmentation de volume des extrémités osseuses sont aussi des présomptions en faveur de l'origine syphilitique : l'arthropathie due à la sy-

philis serait une ostéite plus atrophiante qu'hyperostosante avec rareté des ankyloses vraies.

L'opinion de Dufour a été très contredite. Hague-neau et Bernard, le 19 janvier 1923, rapportent 31 observations. Sur ces 31 cas, 30 Wassermann ont été négatifs ; le dernier a refusé qu'on lui prenne du sang, mais il présentait quelques manifestations de syphilis. Ces auteurs distinguent les cas publiés par Dufour, survenant dans la proportion de 60 % chez les hommes à un âge peu élevé, avec des manifestations articulaires et synoviales (dont l'hydarthrose) à poussées successives, différant par conséquent sur de nombreux points de l'entité clinique décrite par Charcot.

Duhot, le 30 novembre 1923, présente un travail basé sur 51 observations, dans lesquels il n'a trouvé qu'un Wassermann positif, ce qui lui fait dire : « Je ne puis penser à la suite de cette série d'observations que la syphilis provoque le type le plus communément observé de rhumatisme chronique déformant polyarticulaire. Cette étiologie expliquerait d'ailleurs difficilement bien des caractères de l'affection, et notamment sa prédilection pour le sexe féminin : 35 cas sur 51 ».

Chez tous nos malades nous avons recherché soigneusement tout ce qui pouvait nous faire penser à la syphilis ; nous les avons interrogés sur leurs antécédents héréditaires et personnels ; pour les femmes mariées, nous avons insisté sur les grossesses,

les fausses couches (1), la mortalité infantile. Pour tous nos malades, les réactions de Wassermann, Hetch-Bauer, Meiniké et Vernes ont été pratiquées par M. le docteur Ballet, professeur suppléant et chef de laboratoire à l'École de Médecine de Nantes, qui a une très grande compétence en sérologie.

Nous publions vingt observations inédites de rhumatisme chronique affectant des malades ayant tous dépassé la cinquantaine; leur maladie est bien caractérisée cliniquement, et, pour la plupart, ils rentrent dans le groupe rhumatisme progressif déformant d'origine indéterminée. Or, sur ces vingt observations, nous ne trouvons qu'un seul cas dans lequel le Wassermann soit franchement positif, et un autre avec une réaction de Meiniké faiblement positive.

D'après cette statistique, le rôle étiologique de la syphilis n'est pas fréquent dans le rhumatisme chronique. On pourrait nous objecter qu'il faudrait, pour avoir une opinion définitive, apporter une statistique plus étendue; nous le reconnaissons, aussi ne donnons-nous notre opinion qu'à titre d'indication.

(1) Tout récemment, Vignes, accoucheur des Hôpitaux de Paris, a montré qu'on exagérait le rôle de la syphilis en ce qui concerne les avortements: d'après certains travaux américains et d'après ses observations personnelles, beaucoup de femmes font plusieurs fausses-couches parce qu'elles ont une infection chronique de la muqueuse utérine.

OBSERVATIONS

L... Jérôme, 76 ans, boulanger.

A. H. — Père mort d'une maladie de cœur vers l'âge de 30 ans ; mère morte à 88 ans.

A. C. — Une sœur morte à 30 ans tuberculeuse ; un frère mort épileptique ; un frère mort à 28 ans, atteint d'une paralysie infantile.

A. P. — Marié, 6 enfants : un mort de pleurésie à 30 ans ; cinq autres bien portants.

A l'âge de 29 ans, crise unique de rhumatisme articulaire à la suite d'un refroidissement en hiver ; le malade reste alité pendant quatre ou cinq jours avec de la fièvre, puis il reprend son travail, mais il conserve une impotence légère des mains et des chevilles et le médecin prédit la chronicité de l'affection.

A 40 ans, plusieurs attaques violentes et longues avec fièvre de rhumatisme frappant subitement plusieurs articulations. Chaque attaque dure plusieurs mois, pendant lesquels il est obligé de garder le lit. Aucune cardiopathie concomitante. Il eut ainsi une vingtaine de crises

entre lesquelles les articulations restaient déformées et la douleur persistait.

A 48 ans, il fait une pleurésie sèche durant quarante jours environ, à la suite de laquelle ses douleurs s'atténuent, ce qui lui permet de reprendre son travail. Il n'a plus de crise jusqu'à 56 ans ; à cette époque les articulations redeviennent douloureuses, mais sans crise aiguë et sans fièvre, chroniquement. Elles se déforment, et le malade devenu impotent rentre à l'Hôtel-Dieu, puis à Saint-Jacques.

Examen. — Membres supérieurs : déformés à peu près symétriquement ; déformation typique des deux mains . mains creuses par opposition du pouce ; articulations métacarpo-phalangiennes noueuses avec ankylose à peu près complète, déviation en coup de vent des doigts vers le bord cubital. L'articulation métacarpo-phalangienne du pouce est également ankylosée, mais le mouvement d'opposition est conservé, se passant dans l'articulation carpo-métacarpienne. Les phalangettes sont en flexion et ne sont pas ankylosées, mais présentent des déformations articulaires. Les articulations des premières et deuxième phalanges sont diversement déformées, les médius et auriculaires des deux mains franchement en baïonnette, ankylosés. Les index et les annulaires sont ankylosés, type rectiligne à gauche, en baïonnette à droite. La deuxième phalange du pouce est en hyperextension, subluxée à droite. Des deux côtés ankylose complète.

Aux poignets, saillie de l'extrémité inférieure du cu-

bitus, articulation épaissie, à droite ankylosée en position moyenne, à gauche mouvement très limités.

Coudes : ankylosés à droite à angle droit, à gauche mouvements limités, extension impossible au delà de l'angle droit.

Epaules : mouvements très limités des deux côtés.

Atrophie de l'éminence thénar à droite plus qu'à gauche, mais ni d'un côté ni de l'autre elle n'est très marquée ; les hypothénar sont bien conservés. Atrophie des bras et des avant-bras surtout à droite, beaucoup plus marquée aux avant-bras. Réflexes très diminués.

Membres inférieurs : orteils déjetés en dehors et fléchis, déformations osseuses à toutes les articulations, surtout appréciables aux articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils.

Articulations tibio-tarsiennes : mouvements très limités.

Genoux ankylosés en flexion, assez volumineux.

Mouvements limités et douloureux de l'articulation coxo-fémorale des deux côtés.

Douleurs fréquentes dans la colonne vertébrale et dans le cou, mais pas de déformations ni de limitation des mouvements.

Muscles des jambes assez atrophiés, davantage à droite; muscles des cuisses beaucoup mieux conservés.

Les muscles sont presque toujours en contraction ; quand on obtient le relâchement, les réflexes existent, plutôt faibles et sans déplacement par suite de l'ankylose.

Aux extrémités la peau est rouge, tendue, luisante ; ailleurs elle est sèche.

Les ongles sont cannelés et recourbés.

Bauer-Hetch, Meinické : — — — —.

Vernes : 4.

Mme R..., commerçante, 67 ans.

A. H. — Père mort à 42 ans de tuberculose pulmonaire ; mère morte d'une maladie de cœur.

A. C. — Une sœur morte de méningite ; une sœur morte à 36 ans de tuberculose pulmonaire ; une sœur bien portante.

A. P. — Mariée deux fois, trois enfants : un garçon mort de méningite à 3 ans ; deux filles très bien portantes.

La malade a eu souvent de gros rhumes trainants. Elle a fait des hémoptisies vers l'âge de 30 ans, mais au moment de ses règles, la veille en général.

Début du rhumatisme vers 42 ans : plusieurs crises d'arthrite des articulations des pieds et des cou de pieds ; de plus, elle souffrait alors de névralgies fugaces faciales et sciatiques en particulier, calmées par l'antipyrine.

Vers 43 ans, fortes douleurs au coude droit, puis aux deux poignets. Les genoux furent pris plus tard, le gauche le premier. Peu à peu une raideur s'établissait dans toutes les articulations, même dans le cou ; les déformations envahissaient les doigts, puis les poignets, puis les genoux, ce qui a contraint la malade à rester dans une chaise longue.

Examen. — Membres supérieurs : les articulations métacarpo-phalangiennes sont énormes des deux côtés au niveau de l'index et du médus ; celle de l'annulaire

est prise à droite, non à gauche ; celle du cinquième est à peu près intacte des deux côtés ; au pouce déformations symétriques, toutefois l'extension des phalanges est possible. Les articulations des premières et deuxième phalanges sont déformées des deux côtés, mais la déformation est plus forte à droite où l'extension complète est impossible, tandis qu'elle l'est à gauche. L'annulaire est à peu près respecte des deux côtés ; le cinquième est presque indemne à gauche, très déformé à droite : subluxation de la tête. Phalangettes très peu atteintes ; quelques nodosités de peu d'importance au niveau de l'index droit, du médius et du cinquième gauches. L'articulation des phalanges du pouce est indemne à droite, ankylosée en extension à gauche. Tous les mouvements de la main sont conservés.

Poignets : à droite complètement ankylosé, à gauche un peu élargi, mais tous les mouvements sont possibles.

Coudes : droit ankylosé à angle droit, à gauche mouvements très limités dans la flexion : angle de 90°.

Articulations scapulo-humérales : tous mouvements possibles, mais limités. Pas de craquements.

Atrophie notable des deux côtés.

Membres inférieurs. — Pas de déformation des orteils.

Articulations tibio-tarsiennes normales

Genoux globuleux avec gros empâtement extra-articulaire, immobilisés en flexion à un angle de 120° environ ; extension impossible des deux côtés.

Articulations coxo-fémorales et colonne vertébrale non touchées.

Atrophie assez considérable des muscles des cuisses et des jambes des deux côtés.

Réflexes presque nuls.

Wassermann, Bauer-Hetch, Jacobstahl : — — — —.

Vernes : 1.

M..., cheminot, 71 ans.

A. H. — Père mort à plus de 80 ans ; mère morte à 78 ans.

A. C. — Deux sœurs vivantes et bien portantes.

A. P. — Marié à 42 ans. Pas d'enfants ni de fausses couches.

Début du rhumatisme il y a vingt ans au moins par les deux mains. Jamais de douleurs.

Examen. — Bras gauche amputé en 1908 à la suite d'un accident.

Rien au poignet, ni au coude, ni à l'épaule, ni aux membres inférieurs.

À la main droite : nodosités aux articulations métacarpo-phalangiennes du pouce et des autres doigts, légère déviation des doigts vers le bord cubital, phalangettes en flexion et phalanges en hyperextension au médus et à l'annulaire (esquisse du doigt en baïonnette), rétraction de l'aponévrose palmaire au niveau des mêmes doigts, pas de camptodactylie du cinquième. Flexion normale. force conservée.

Le malade est aussi un Parkinsonnien depuis deux ans : il a des tremblements typiques actuellement limités aux membres supérieur et inférieur droit, tremblements existant au repos et cessant dans les mouvements volontai-

res. Muscles en hypertonie, saillants sous la peau, mais rigidité peu accentuée dans les mouvements passifs et pas de roue dentée. Mouvements automatiques assez bien conservés, particulièrement le balancement des bras. Parole lente, monotone.

Réflexes radial, cubital, olécranien à peu près nuls à droite.

Du côté qui ne tremble pas, il y a de la rigidité musculaire, et les réflexes sont très variables suivant que l'on surprend ou non le malade.

Bauer-Hetch, Meinické : — — — —.

Vernes : 4.

Mme T..., 80 ans, veuve.

A. H. — Père mort à 36 ans d'une broncho-pneumonie. Mère morte à 84 ans.

A. C. — Deux frères et trois sœurs morts. Pas de rhumatismes.

A. P. — Mariée : une fille morte à 15 ans de tuberculose. Jamais de fausse couche.

Début vers 30 ans par les mains, elle a pu quand même travailler très longtemps. Les pieds se sont pris peu après. Les genoux viennent de se prendre il y a six mois.

Examen. — Membres supérieurs : déformations des têtes métacarpiennes symétriques aux deux mains, doigts déjetés vers le bord cubital, surtout à la main gauche. Tous les mouvements sont possibles. Nodosités aux articulations des phalanges entre elles, symétriques et prédominant à l'index ; muscles des éminences bien conservés.

Pas de déformations des coudes, mais mouvements douloureux.

Quelques craquements dans les épaules, surtout à droite.

Membres inférieurs : déformations symétriques de la tête du premier métacarpien, les deux gros orteils sont déjetés en dehors ; aux autres orteils, la première phalange est en hyperextension, les autres en flexion.

Actuellement, poussée subaiguë des deux genoux, qui sont chauds, globuleux, en demi-flexion avec une grosse hydarthrose des deux côtés et le choc rotulien : tout mouvement y est très douloureux.

Atrophie des muscles des jambes et des cuisses, surtout des muscles antérieurs. Réflexes radiaux, olécraniens et rotuliens forts des deux côtés.

Bauer-Hetch, Meinické : — — — —.

Vernes : 3.

Mme G..., 64 ans.

A. H. — Néant.

A. P. — Deux fois mariée : le premier mari mort bacillaire, le deuxième bien portant. A eu deux enfants du deuxième mari : le premier mort à la guerre, le deuxième bien portant, puis à 42 ans a fait une fausse couche de deux mois et demi. N'a jamais vu le médecin.

Le rhumatisme a commencé par le pouce gauche il y a 5 ans, puis a envahi successivement les mains, les coudes, les épaules. Les membres inférieurs se sont pris ensuite dans le même ordre.

Examen. — Mains en coup de vent avec nodosités à

toutes les articulations, flexion métacarpo-phalangienne, les doigts de la main gauche présentent le type d'extension, tandis qu'à droite c'est le type de flexion.

Les poignets, les coudes sont ankylosés en flexion.

L'épaule gauche est immobile, l'épaule droite a conservé quelques très légers mouvements.

Aux membres inférieurs : les orteils sont en hyperextension légère, les articulations tibio-tarsiennes sont ankylosées à angle droit. les genoux sont globuleux et fléchis, le gauche à angle droit, le droit à angle aigu. Il y a un œdème dur, la peau est sèche.

La colonne vertébrale est touchée : la malade ne peut plus tourner la tête, elle peut seulement la baisser ou la relever légèrement.

Atrophie musculaire énorme généralisée. Réflexes abolis.

Wassermann, Bauer-Hecht, Jacobstahl : + + + +.

Mme M..., 65 ans.

A. H. et A. C. — Toute la famille a eu des rhumatismes déformants, et, chose curieuse, tous ces rhumatismes ont rétrocedé.

A. P. — Pas d'enfants ni de fausses couches.

Début il y a quatorze ans par des fourmillements et des crampes dans la main gauche, le médius est pris le premier, les autres doigts se prennent ensuite ; la main droite n'a été touchée qu'un an après avec les membres inférieurs. La malade avait à ce moment des douleurs continues. Avec des frictions et de l'antipyrine, beaucoup de déformations se sont corrigées.

Examen. — A l'heure actuelle, les deux mains sont en demi flexion, les doigts déviés en coup de vent vers le bord cubital, la fermeture est impossible, les articulations métacarpo-phalangiennes sont en flexion à angle droit, l'annulaire de la main droite est en baïonnette, le médius gauche présente le type rectiligne et le cinquième le type de flexion.

Les poignets ne sont pas touchés ; les coudes sont en flexion légère avec à gauche de grosses nodosités adhérentes à l'os par un pédicule ; aux épaules les mouvements sont très limités et provoquent des craquements.

Aux membres inférieurs : œdème dur, peau squameuse, genoux globuleux avec flexion des jambes.

Atrophie musculaire généralisée. Réflexes à peu près normaux, peut-être un peu vifs.

Bauer-Hetch : — — — —.

Meinické : + — — —.

Vernes : 1.

Mlle A..., 72 ans.

Antécédents : rien à signaler.

La malade est emphysémateuse et a un souffle systolique à la pointe.

Début du rhumatisme vague : il y a plus de vingt ans, dit la malade, par des fourmillements, des crampes dans les doigts, puis les arthrites sont apparues aux articulations des premières phalanges et ont suivi leur marche ascendante en remontant jusqu'aux épaules.

Examen. — Nodosités aux articulations métacarpo-phalangiennes des deux pouces et à l'articulation de la

première phalange de l'index droit ; les phalangettes de l'index et du cinquième de la main droite sont en flexion, au majeur et à l'annulaire, elles sont par contre en hyperextension. Les doigts sont déjetés en coup de vent vers le bord cubital. Mouvements assez bien conservés.

Au poignet gauche : nodosités ; poignet droit normal

Rien aux coudes.

L'épaule droite est intacte, mais à gauche les mouvements sont limités et font entendre des craquements.

Eminences thénar et hypothénar atrophiées, beaucoup plus à gauche qu'à droite, ainsi que les muscles des avant-bras et des bras.

Réflexes vifs à droite, mais faibles à gauche.

Membres inférieurs intacts.

La malade se plaint de douleurs passagères au niveau de la colonne cervicale.

Wassermann, Bauer-Hetch, Jacobstahl : — — — —.

B..., 62 ans.

A. H. et A. C. — Néant.

A. P. — Veuf depuis onze ans ; 7 enfants plus une fausse couche entre le sixième et le septième.

Le malade a souffert de fréquentes migraines depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 40 ans, époque où son rhumatisme a commencé. Il avait alors des douleurs passagères dans les pieds. En 1916, douleurs dans les reins pendant un an. En 1919, ankylose des genoux, puis des épaules. Reste quatorze mois au lit ; les ankyloses disparaissent. Depuis quelques crises passagères, et en août 1926 les

genoux sont repris, les pieds ensuite et enfin les membres supérieurs.

Examen. — Membres supérieurs : hydarthrose à toutes les articulations, phalanges en rectitude, doigts en flexion à angle droit sur les métacarpiens, déjetés vers le bord cubital, poignets en demi flexion avec mouvements très limités, coudes en flexion, le droit à angle droit, le gauche à angle aigu, épaules ankylosées, les bras collés au thorax. Atrophie musculaire des avant-bras et des bras peut-être plus marquée à gauche qu'à droite. Tous les mouvements sont douloureux et provoquent des craquements.

Membres inférieurs : orteils en flexion et déviés vers l'extérieur, articulations tibio-tarsiennes ankylosée à gauche, tuméfiée, douloureuse à droite ; genoux très grossis, le coudyle interne du fémur surtout, mouvements douloureux. Rien aux articulations coxo-fémorales.

La tête est immobile, droite, le cou est très élargi, la colonne cervicale est aussi ankylosée.

Réflexes très diminués ; atrophie musculaire généralisée.

Wassermann, Bauer-Hetch, Jacobstahl : — — — —.

B..., 64 ans, cultivateur.

A. H. — Père mort rhumatisant peu après sa naissance ; mère morte rhumatisante il y a trente-cinq ans.

A. C. — Un frère et deux sœurs vivant encore, mais tous atteints de rhumatisme.

A. P. — Célibataire, fait son service au Tonkin sans

contracter de maladies. Toussait beaucoup l'hiver. A fait une pleurésie il y a très longtemps. Hémiplégie droite depuis six mois environ.

Le rhumatisme a débuté il y a plus de vingt ans, sans aucune douleur, par les mains et les pieds dont les articulations ont grossi peu à peu et à l'heure actuelle nous trouvons :

Examen. — Membres supérieurs : les doigts sont déviés vers le bord cubital, il y a des nodosités aux articulations métacarpo-phalangiennes des trois derniers doigts avec extension complète impossible. Ces doigts sont en baïonnette avec dérivation des phalanges vers le bord radial ; par contre, le pouce et l'index sont intacts. Poignets, coudes, épaules sans lésions. Pas d'atrophie. Les réflexes sont très vifs.

Membres inférieurs : œdème dur des deux jambes, orteils déviés vers le bord externe, avec le gros orteil et le deuxième en Hallus valgus chevauchant les autres. Nodosités aux articulations métatarso-phalangiennes. Réflexes vifs. Genoux et hanches sains.

Bauer-Hetch, Meinické, — — — —.

Vernes : 3.

Mme A..., 67 ans.

A. H. — Pas de rhumatismes.

A. P. — A fait une fausse-couche de 6 mois, puis a eu trois enfants, morts tous les trois : le premier, de méningite à 2 mois, le deuxième rachitique à 2 ans, le troisième d'une broncho-pneumonie à 17 ans.

Le début remonte à un an environ ; la malade ressen-

taît des douleurs dans les cuisses ; le genou gauche est pris le premier, puis les pieds, et enfin les mains. Maintenant, elle souffre encore de crampes nocturnes, surtout aux bras et au cou.

Examen. — Doigts en coup de vent, avec grosses articulations métacarpo-phalangiennes; tous les doigts, sauf les pouces, présentent le type d'extension. De plus, les articulations des phalanges de l'index et du médius sont soudées aux deux mains.

Peu d'atrophie musculaire : réflexes exagérés.

Aux membres inférieurs, les orteils sont déviés en dehors, les genoux sont globuleux et à demi-fléchis. Pas d'atrophie. Réflexes rotuliens vifs, provoquant de la douleur par extension de la jambe.

Bauer-Hetch, Meinické : — — — —.

Vernes : 1.

B..., 68 ans, cocher.

Antécédents : deux frères morts de tuberculose pulmonaire. Pas de rhumatismes dans la famille.

Le malade a eu une blennorrhagie un peu avant le début du rhumatisme.

La maladie a commencé à 27 ans, par le genou gauche, sans fièvre ; de nombreuses pointes de feu amenèrent une amélioration au bout de deux ans environ, mais cet endroit est resté douloureux depuis. Les mains se prennent ensuite : l'index et le médius d'abord, les autres doigts beaucoup plus tard. Maintenant, le malade souffre d'une façon intermittente dans les poignets, les épaules, le genou et la hanche gauches.

Examen. — Membres supérieurs : doigts déviés vers le bord cubital, articulations métacarpo-phalangiennes grosses ; pouce en flexion, index, majeur et annulaire en baïonnette ; phalangette du 5° en flexion.

Poignets en position moyenne avec mouvements très limités.

Réflexes très peu sensibles.

Membres inférieurs : le genou gauche est globuleux, douloureux à la pression, mais tous les mouvements sont conservés. Le réflexe rotulien de ce côté est très vif.

Ce malade a en même temps une hémiparésie gauche et est diabétique.

Bauer-Hetch, Meinické : — — — —.

Vernes : 2.

Mme P..., 80 ans.

A. H. — Son père avait fréquemment des crises de rhumatisme.

A. P. — Pas d'enfants ni de fausses-couches.

Début inconnu par les mains, sans douleur ; il y a huit mois, crises douloureuses aux genoux, surtout nocturnes, et calmées par la flexion des jambes ; les genoux n'ont commencé à grossir que depuis trois mois.

Examen. — Phalangettes en flexion légère avec articulations augmentées de volume ; articulations métacarpo-phalangiennes des pouces grosses. Légère déviation des phalangettes vers le bord cubital. Pas d'atrophie musculaire ; les réflexes sont un peu vifs.

Les genoux sont globuleux, douloureux à la pression, légèrement fléchis ; les mouvements sont conservés, mais

l'extension est douloureuse. Réflexes rotuliens vifs.

Wassermann, Bauer-Hetch, Jacobstahl : — — — —.

Vernes : 3.

Mlle Le G..., 74 ans.

Antécédents : néant.

Début très lointain, il y a environ trente ans, sans aucune douleur.

Examen. — Les mains et les poignets seulement sont atteints.

Lésions symétriques aux deux mains : toutes les articulations métacarpo-phalangiennes et les articulations des phalanges entre elles sont tuméflées et en flexion ; les doigts sont déjetés en masse vers le bord cubital, avec déviation inverse des phalangettes vers le bord radial. L'extension est limitée.

Les deux poignets sont gros ; à gauche, les mouvements n'ont pas la même ampleur qu'à droite ; le carpe présente des nodosités. Réflexes plutôt vifs. Atrophie des éminences, et surtout des éminences thénar.

Wassermann, Bauer Hetch, Jacobstahl : — — — —.

Vernes : 1.

Mlle P..., 54 ans.

Antécédents : néant.

Début inconnu, lointain, non douloureux.

Déformations aux mains seulement, restant stationnaires depuis plus de dix ans.

Examen. — Les articulations des premières phalanges sont grossies et en flexion aux deux mains ; l'articulation

métacarpo-phalangienne du pouce gauche présente des nodosités.

Wassermann, Bauer-Hetch, Jacobstahl, Meinické :

— — — —.

V..., 71 ans, manœuvre, célibataire, entré en 1924.

Début il y a seize ans, par des atteintes douloureuses aux mains et aux pieds, puis les genoux sont pris peu après.

Examen. — Doigts en rectitude, fléchis à angle droit sur les métacarpiens, et déviés en coup de vent vers le bord cubital. Articulations métacarpo-phalangiennes hypertrophiées ; bosselures aux articulations carpo-métacarpiennes. Craquements à tous les mouvements.

Les deux coudes sont touchés, surtout le gauche, qui est en flexion, très épaissi avec grosse saillie de l'olécrane. Craquements.

Articulations scapulo-humérales : les mouvements sont conservés, mais provoquent des craquements.

Aux pieds : les premières phalanges des orteils sont en flexion, les autres en extension.

Genoux globuleux, immobilisés en flexion.

Atrophie musculaire énorme généralisée. Réflexes très diminués.

Mort en 1925 de tuberculose pulmonaire.

Wassermann, Bauer-Hetch, Jacobstahl : — — — —,

Vernes : 1.

Camille P. A..., 49 ans, lithographe, entré en 1924.

A. H. — Néant.

A. C. — Un frère mort à 35 ans de tuberculose pulmonaire.

A. P. — Pleurésie à 8 ans ; fractures : jambe droite à 17 ans, bras droit à 23 ans. Trois crises, trois années de suite, de rhumatisme articulaire aigu aux membres inférieurs.

Il y a onze ans, crise de rhumatisme sans fièvre : aucun mouvement n'est possible des deux côtés : les membres soulevés retombent inertes. Le malade est transporté à Saint-Jacques, où il suit un traitement d'extrait thyroïde. Au bout d'un mois, guérison. Il retourne chez lui, et, deux ans après, il est pris de douleurs dans les membres inférieurs ; gangrène du pied gauche entraînant l'amputation du membre. Les douleurs persistent à droite.

Examen. — Le malade est au lit, incapable d'aucun mouvement. Les membres supérieurs sont ankylosés en flexion et très atrophiés. Au membre inférieur droit, le pied est dévié en dedans, orteils déjetés en dehors et en flexion ; l'articulation tibio-tarsienne a conservé quelques mouvements.

Mort asystolique en 1926.

Wassermann, Bauer-Hetch, Jacobstahl : — — — —.

CONCLUSIONS

Sous la dénomination de rhumatisme chronique, on groupe des cas cliniques très différents les uns des autres et par leur évolution, et par leur étiologie.

Parfois, la cause d'un rhumatisme chronique est pour ainsi dire évidente ; il en est ainsi par exemple pour un rhumatisme chronique succédant à un rhumatisme blennorrhagique, à un rhumatisme scarlatin.

Beaucoup plus souvent, l'étiologie nous échappe ainsi que la pathogénie. Pour certains auteurs, le rhumatisme chronique d'origine indéterminée serait une affection névrotrophique ; d'autres font jouer un rôle à une perturbation des glandes endocrines.

Depuis quelques années des recherches ont été faites sur le rôle possible de la syphilis dans l'étiologie du rhumatisme chronique et un certain nombre de cas ont été publiés dans lesquels cette étiologie est indiscutable.

Mais le rhumatisme chronique d'origine syphilitique est-il fréquent ?

La question est d'importance, car une étiologie syphilitique entraîne un traitement spécifique qui, institué de bonne heure, peut améliorer l'état du malade et empêcher l'évolution progressive du mal.

D'après notre statistique, la syphilis n'est pas souvent à l'origine du rhumatisme chronique : sur vingt malades, nous n'avons trouvé qu'un rhumatisme chronique chez une syphilitique avec réaction de Wassermann positive.

La question demande à être étudiée et suivie ; il faut tenir compte de cette notion nouvelle et, en présence d'un rhumatisant chronique, rechercher la syphilis pour le faire bénéficier d'un traitement spécifique si ce rhumatisme chronique paraît lié à une syphilis ancienne.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
RATHERY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Carnot et Blamoutier.* — Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 juin 1923. — Rhumatisme chronique déformant chez un syphilitique, amélioration très nette par le traitement arsénical.
- Charcot.* — Thèse de Paris, 1853.
- Diratzouyan.* — Thèse de Paris, 1924. — La polyarthrite chronique déformante de cause syphilitique.
- Dufour.* — Soc. Méd. Hôp. Paris, 12 mars 1915. — Étiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant.
- Dufour.* — Idem, 29 février 1924. — Sur la fréquence de la syphilis chez ces malades.
- Dufour et Ravina.* — Idem, 29 juillet 1921.
- Dufour, Duchon et Durand.* — Idem, 25 mai 1923. — Rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique très amélioré par le traitement bismuthé.
- Dufour et Duchon.* — Idem, 2 novembre 1923. — Deux nouveaux cas de rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique.
- Duhot.* — Idem, 30 novembre 1923. — Sur l'étiologie syphilitique du rhumatisme chronique déformant.

- Finck.* — Bulletin Médical, Paris 1921. — Rhumatisme chronique déformant par insuffisance thyro-parathyroïdienne d'origine syphilitique.
- Fournier.* — Traité de Médecine et de Thérapeutique Sergent, Babonneix et Ribadeau-Dumas. — Du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible d'hérédo-syphilis.
- Geismar.* — Thèse Paris 1922. — Le Rhumatisme chronique déformant syphilitique.
- Gauchèr.* — Journal de Médecine interne, Paris 1906. — Arthropathies et syphilis héréditaire.
- Gilbert Dreyfus et P. Bourgeois.* — Gazette des Hôpitaux de Paris, 25 avril 1925.
- Hagueneau et Bernard.* — Soc. Méd. Hôp. Paris, 19 janvier 1923. — Rhumatisme chronique déformant et syphilis.
- Harvier et Decourt.* — Soc. Méd. Hôp. Paris, 30 nov. 1923. — Rhumatisme chronique déformant chez deux femmes hérédo-syphilitiques.
- Milian.* — Soc. Méd. Hôp. Paris, 26 janvier 1923. — A propos du rhumatisme chronique déformant.
- U. Monnier.* — Gaz. Méd. Hôp. Nantes, 1^{er} nov. 1925. — Les hydarthroses et les rhumatismes chroniques déformants d'origine hérédo-syphilitique.
- Mouriquaud et Michel.* — Traité Sergent, — Rhumatisme chronique déformant.
- Niel.* — Thèse Paris, 1925. — Etude clinique et thérapeutique de quelques cas de rhumatisme chronique.
- Pérochaud, Mirallié et Arin.* — Gaz. Méd. Nantes, 21 août 1892. — De l'exagération des réflexes tendineux dans le rhumatisme chronique.

Rathery. — Manuel des maladies de la nutrition Debove, Achard et Castaigne, Paris 1912. — Rhumatismes chroniques.

Trastour. — Thèse Paris, 1853.

Vagnon. — Thèse Lyon, 1924. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique.
